出産育児一時金請求書

豊田自動織機健康保険組合　御中

提出日　　年　　月　　日

被保険者（請求者）記入欄

被保険者証等の	記号		番号	被保険者氏名	
連絡先住所電話番号	〒　－ 都道府			自宅TEL(　　)　－ 携帯TEL(　　)　－	
会社名					
所属					
分娩日	年　月　日			分娩児数	□ 単胎　□ 多胎(　　児)
被扶養者が分娩の場合	氏名			産科医療補償制度加入の有	□ 有 □ 無
				直接支払制度利用の有無	□ 有 □ 無

退職後6か月以内の分娩ですか？（該当する□に✓）

□ はい ⇒「はい」の場合、添付書類は①②③です。また以前の健康保険についてお答えください。
- □ 当健保加入の被保険者だった
- □ 他健保加入の被保険者だった
- □ その他(　　)

加入健康保険者名：
加入期間　年　月　日 ～ 年　月　日

□ いいえ ⇒「いいえ」の場合、添付書類は①②です。

☆振込先は会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種目	普通	口座番号		
銀行コード		支店コード					
口座名義（被保険者名義のみ）	カタカナで記入						**ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください**

☆添付書類
① 出産費用明細書(コピー) ※出産日や出産児数の記載のあるもの
② 出産育児一時金直接支払制度を利用しない旨の記載のある文書のコピー
③ 出産育児一時金不支給証明書(原本)（退職後6ヶ月以内の出産の場合のみ）

どちらかの証明をもらってください

医師・助産師の証明欄

分娩日	年　月　日	分娩区分	□ 生産 □ 死産（妊娠　日・週・ヶ月）
分娩児の数	□ 単胎 □ 多胎(　　児)	産科医療補償制度加入分娩か	□ はい　□ いいえ

上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　月　日

医療機関　所在地
名　称
電話番号

医師・助産師　氏名
（自筆）

市区町村長の証明欄

本籍				筆頭者氏名	
分娩した方の氏名		出生児氏名		出生年月日	年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　月　日

市区町村長名　　㊞

健保記入欄

決定事項	支給 ・ 不支給(理由　　)		
対象者	被保険者 ・ 被扶養者	産科医療補償制度	加入 ・ 未加入
資格喪失日（対象者のみ）	年　月　日	出産児数	単胎・多胎(　　)児
		支給額	円

決裁	常務理事	事務長	GM	担当

健保受付印

(R6.12.2改訂、xls版)

≪出産育児一時金　説明と注意事項≫

★データ入力またはボールペンで丁寧にはっきりと記入し、書き損じた場合は訂正箇所に訂正印を押してください。

1.書類を提出する前の注意

出産育児一時金直接支払制度もしくは受取代理制度を利用された方は、この書類の提出は不要です。
出産費用貸付金制度を利用された方は、出産後にこの書類を提出してください。
退職後6か月以内の出産の場合、以前加入もしくは現在加入の健康保険へ重複して請求はできません。
死産や流産の場合、妊娠4ヶ月（85日）以上であれば支給の対象となります。

2.支給額

1児につき500,000円です。ただし、産科医療補償制度未加入分娩の場合は488,000円になります。
なお、出産費資金貸付制度を利用された方は、貸付額と出産育児一時金の差額が支給されます。

3.医師・助産師または市区町村長の証明

医師・助産師または市区町村長のどちらかに証明をもらってください。
ただし、死産・流産の場合は医師または助産師に証明をもらってください（市区町村長証明不可）。

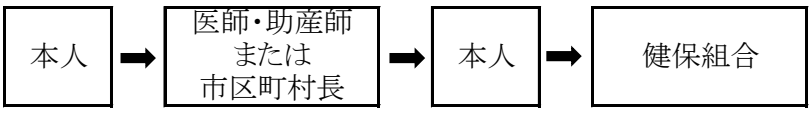
4.添付書類

①医療機関より交付された「出産費用明細書」のコピー　（出産日・出産児数の記載があるもの）
②医療機関より交付された出産育児一時金直接支払制度を利用しない旨の記載のある文書のコピー
③出産育児一時金不支給証明書（原本）（退職後6ヶ月以内の出産の場合のみ）
　当健保組合被保険者だった方　：　**現在加入**の健康保険の**「出産育児一時金不支給証明書」（原本）**
　他健康保険被保険者だった方　：　**退職時加入**の健康保険の**「出産育児一時金不支給証明書」（原本）**
　その他の場合は、お問い合わせください。

5.締切日と支給日

締切日：**毎月20日**（20日が土日の場合はその前日）
支給日：20日までに健保組合に届いた分について**翌月給与支給日等**に事業所経由で振り込まれます。
書類の不備や内容の調査によって支給が遅れる場合があります。ご了承ください。

6.提出ルート



7.個人情報保護について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。
詳しくは　https://www.shokki-kenpo.jp/policy/　をご覧ください。

お問い合わせ先　　〒448-0847　　愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
豊田自動織機健康保険組合　医療保険グループ
外線　0566-21-7784
内線　70-4612